

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Charles MOILLIE

Né le 10 Janvier 1915 à Amélie-les-Bains (Pyénées Orientales)

Les Problèmes d'Hygiène posés en temps de guerre par la dispersion des Populations urbaines

Président : TANON, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE
A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Charles MOILLIE

Né le 10 Janvier 1915 à Amélie-les-Bains (Pyrénées Orientales)

Les Problèmes d'Hygiène posés en temps de guerre par la dispersion des Populations urbaines

Président : TANON, Professeur.

IMPRIMERIE ARTISTIQUE MODERNE

A. LAPIED

24, rue Monsieur-le-Prince VI.

1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	CHEVASSU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	N...
	HAZARD.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.



II. AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (H.) . . Pathologie médicale.
 BERNARD (E.) . . Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.) . Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER . . . Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES . . Pathologie chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 DE GENNES . . . Pathologie médicale.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU . . . Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HUGUENIN . . . Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUEJOUL . . Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY . . Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI . . Neurologie et Psychiâtrie.
 MENEGAUX . . . Pathologie chirurgicale.
 MOLLARET . . . Pathologie médicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-
 DUTAILLIS . . . Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE . . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHT Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.
 GUENIOT Obstétrique.
 HEITZ-BOYER . . Pathologie chirurgicale.

LARDENNOIS . . Pathologie chirurgicale.
 LE LORIER Obstétrique.
 NEVEU-LEMAIRE . Parasitologie.
 SCHWARTZ . . . Pathologie chirurgicale.
 VAUDESCAL . . . Obstétrique.

VI. — AGREGES CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM	
ALAJOUANINE .	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ	
BRULE		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER. . .	
DONZELOT . . .		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY-RADOT			
SEZARY			

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale.
METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE A MA MERE

A MA GRAND'MERE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le PROFESSEUR TANON

Officier de la Légion d'honneur

Commandeur de l'Ordre de la Santé Publique

Professeur d'Hygiène à la Faculté de Médecine de Paris

Directeur de l'Institut d'Hygiène
de la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Conseiller Technique Sanitaire
au Ministère de la Santé Publique

Inspecteur Général des Services Techniques d'Hygiène
à la Préfecture de Police

*Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de cette thèse*



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Par suite des progrès de l'aviation, le front ne constitue plus, dans la guerre actuelle, le point de localisation unique du conflit : le territoire entier se trouve exposé à des dangers qui ont entraîné une transformation considérable des conditions de vie à l'intérieur.

Depuis 1931, époque où fut créée l'Inspection Générale de la Défense antiaérienne territoriale, et où fut publiée l'Instruction Pratique sur la Défense Passive contre les attaques aériennes (25 novembre 1931), les organisateurs de la Défense Passive n'ont cessé de s'employer à résoudre les divers problèmes que posait le danger aérien (bombes explosives, bombes incendiaires, bombes à gaz et éventuellement à charges microbiennes).

Les points menacés étant essentiellement les grosses agglomérations et les centres vitaux, deux sortes de mesures préventives ont été envisagées :

1° Evacuation étendue à la plus grande partie possible de la population,

2° Protection sur place de la portion de population retenue par les obligations de la Défense nationale.

Nous ne nous occuperons pas ici de cette protection sur place (abris, poste de secours, etc.), qui a été remarquablement organisée dans la plupart de nos grandes villes sur le modèle de l'agglomération parisienne. Nous envisagerons exclusivement les problèmes d'hygiène qui sont posés par la dispersion et le repliement de la portion non indispensable de la population.

Pour cela, nous devons examiner au préalable les modalités selon lesquelles la Défense Passive effectue cette évacuation.

I. — Organisation de la dispersion des populations urbaines

L'annexe VII (juin 1935) de l'Instruction Pratique du 25 novembre 1931 établit minutieusement les modalités de l'évacuation des villes.

Elle distingue :

1° La dispersion proprement dite qui s'effectue dans un rayon limité, avant l'alerte,

2° L'éloignement (ou repliement), mesure permanente.

C'est la Défense Passive départementale et communale qui est chargée des détails d'exécution de ces deux modes de dispersion (quotidienne et permanente). La réglementation porte sur les questions suivantes :

I. Les localités où des mesures s'imposent sont désignées par le Préfet, en accord avec l'autorité militaire : ce sont les « points sensibles », grosses agglomérations et localités industrielles.

II. La détermination de l'importance de la population à disperser est faite par le maire, dans un plan de dispersion qui distingue :

1° Une dispersion permanente

a) lointaine pour les personnes sans fonctions publiques ou privées,

b) rapprochée pour les familles des personnes assujetties à la dispersion quotidienne.

2° Une dispersion quotidienne pour ceux que leurs obligations amènent de jour dans l'agglomération.

3° Une population à maintenir (les travailleurs de la Défense nationale).

Ce plan doit faire en sorte que la population totale à maintenir ne dépasse pas l'effectif qu'il est possible de mettre à l'abri.

III. — La détermination et la répartition des lieux de dispersion est l'œuvre du Préfet, qui doit tenir compte des réfugiés provenant de l'évacuation des départements frontières, désigner les bourgs, villages, grandes propriétés à utiliser, ainsi que décider de l'établissement d'abris de fortune, baraquements et autres constructions légères.

IV. — Le maire établit le plan ainsi :

1° Reconnaissance des localités : estimation de leur capacité d'hébergement.

2° Mesures de détails pour les services dispersés.

3° Renforcement éventuel des services de police, conditions de ravitaillement et d'assistance médicale, moyens de transport.

V. — Les transports de la dispersion ont un caractère national; ils s'effectuent par voie ferrée ou automobiles et le plan de transport envisage une circulation décuplée.

II. — La question du transport

Le transport des populations ne retiendra guère notre attention : nous noterons simplement que l'émigrant ne pouvant être autorisé à emporter qu'une faible quantité de bagages, devra organiser son évacuation à la manière des départs en vacances et se munir des objets de première nécessité : vêtements chauds et couvertures.

Plus intéressant pour nous est le problème du transport des denrées alimentaires. La notice du 31 mars 1938 de la circulaire sur la Défense Passive prévoit que « le transport vers ces zones de repli se fera soit avec des automobiles, trains ou péniches rendus étanches par milieu surpressé, soit avec des voitures ordinaires, mais après conditionnement des vivres et protection par emballage spécial ».

Il est d'ailleurs recommandé aux personnes évacuées de protéger par un emballage spécial les vivres qu'elles emportent.

III. — Les problèmes de l'habitation

Ceux qui effectuent leur repliement sur de petites villes de l'intérieur possédant les aménagements d'urbanisme (canalisations d'eau potable, électricité, tout à l'égout) n'ont guère à se préoccuper que de la question de l'habitabilité des locaux.

L'humidité est une cause primordiale d'insalubrité. Il n'y a évidemment rien à faire contre les causes d'humidité permanentes qui sont inhérentes aux lieux eux-mêmes. Mais il faut remédier à l'humidité des planchers, à l'humidité par défaut de couvertures ou par défaut d'aération; l'humidité ascendante (humidité des fondations) est combattue par l'établissement de contre-murs ou d'un drainage par tubes poreux, et l'humidité ambiante par un revêtement, des enduits hydrofuges ou encore des contre-murs.

La question de l'aération prend une importance particulière du fait du surpeuplement que l'on ne peut souvent pas éviter; la respiration, en effet, est, avec les appareils de chauffage et d'éclairage, la grande cause de viciation de l'air. On sait qu'à Paris le Conseil Supérieur d'Hygiène a fixé à 20 m³ par personne le cubage des meublés de construction nouvelle; mais, pour les constructions anciennes, il tolère 14 m³. Dans les circonstances actuelles, où il faut s'accommoder du minimum, on peut, en adoptant le chiffre indiqué par le Professeur Tanon, descendre jusqu'à 12 m³ par personne, à condition évidemment que la pièce ait une ventilation suffisante, ce qui est d'ailleurs généralement réalisé dans les vieilles maisons grâce aux cheminées. L'aération, qui se fait beaucoup par osmose, peut être activée par l'établissement de ventouses et surtout par l'ouverture des fenêtres quand les conditions extérieures le permettent;

la nuit, on tirera les rideaux ou on placera un paravent devant la fenêtre.

Quoiqu'actuellement l'éclairage électrique se soit généralisé, on peut être obligé d'avoir recours au pétrole, qui, s'il brûle à pleine flamme, est un excellent mode d'éclairage mais qui, en atmosphère confinée, est une cause de viciation de l'air.

Quant aux moyens de chauffage, souvent les locaux mis à la disposition des réfugiés en sont démunis.

Les conditions optima à réaliser sont :

1° que soient entraînés au dehors tous les produits de combustion,

2° que l'air ne soit pas trop desséché,

3° que la température atteigne 12° à 14° quand on se livre dans la pièce à un travail actif, 16° à 18° quand on demeure sédentaire.

S'il y a des cheminées, elles constituent un mode de chauffage excellent qui favorise l'évacuation de l'air et réalise, par le tirage, un assainissement de l'atmosphère. Les meilleures combustions s'obtiendront avec le bois; on pourra utiliser, le cas échéant, le coke ou la houille maigre.

Un moyen économique est réalisé par les poêles à combustion lente, puisqu'on estime que leur consommation peut ne pas dépasser le dixième de celle d'une cheminée; mais, pour prévenir les accidents que pourrait provoquer la formation d'oxyde de carbone, il faut que le réglage de combustion se trouve à l'entrée de l'air, avant le foyer, et non à l'échappement.

Les poêles à pétrole peuvent servir à chauffer une chambre suffisamment aérée, mais il faut les éteindre avant de se coucher, car ils dégagent de l'acide carbonique.

Enfin, on pourra utiliser des calorifères, gros poêles à double paroi chauffante, qui permettent, par leur long tuyau, le chauffage simultané de plusieurs pièces.

Quel que soit le procédé employé, le changement de climat et la nécessité d'une adaptation feront qu'il sera prudent de se couvrir, et surtout de couvrir les enfants de vêtements épais, amples et en lainages qu'il faut avoir la précaution d'emporter, comme nous l'avons signalé plus haut.

En terminant, il n'est pas inutile de signaler que l'article 47 du Règlement Sanitaire Départemental prescrit par l'article premier du décret-loi du 30 octobre 1935 et paru le 1^{er} avril 1937, mentionne que « l'habitation de jour et de nuit est interdite dans les caves... ».

IV. — L'évacuation des matières usées

Ce n'est pas seulement dans les villages, destinés eux aussi à recevoir un fort contingent de réfugiés, mais encore dans beaucoup de villes, que l'évacuation des matières usées pose un problème important : on compte en effet que, des 866 communes de plus de 5.000 habitants, la moitié se trouve sans égout.

Il est difficile de dire quel est le procédé le plus pratique de destruction des ordures ménagères et le choix en reste à l'initiative particulière; on peut avoir recours au procédé utilisé par les troupes dans les cantonnements : un four en briques ou en pierres, muni, en bas, d'une grille ou d'un trou d'air : son inconvénient est le dégagement de fumée.

Les dépôts contrôlés nécessitent une organisation et une surveillance qui ne peuvent être effectives; aussi vaut-il mieux les déconseiller.

Quant à l'évacuation des matières fécales, son contrôle est d'autant plus important que, dans les localités où l'eau potable est fournie par des puits, elle peut être à l'origine de contamination grave.

L'utilisation de feuillées qui persiste encore en certains endroits est à déconseiller; il est au moins nécessaire qu'elles soient situées à plus de 50 mètres des puits et désinfectées régulièrement par le chlorure de chaux ou la chaux vive, désinfection qu'il est difficile de surveiller.

Les tinettes constituent un procédé préférable mais de surveillance également difficile; on peut, comme en Angleterre (earth-closet), les munir d'une « châsse à terre » qui se déverse à chaque usage.

Seules les fosses fixes étanches doivent être autorisées, les fosses non étanches étant très dangereuses; elles

sont d'ailleurs soumises au règlement sanitaire des communes.

Les fosses septiques sont maintenant très répandues; elles réalisent un commencement d'épuration quand elles fonctionnent correctement, mais si elles sont utilisées par un nombre d'usagers supérieur à celui pour lequel elles ont été prévues (et c'est justement ce qui, dans le cas présent de surpeuplement, risque de se produire), ou si elles reçoivent des eaux ménagères et des papiers, leur mécanisme d'épuration ne peut plus s'effectuer efficacement, et elles deviennent d'autant plus dangereuses qu'elles sont moins suspectées. Il faut donc, par une surveillance sérieuse, veiller à l'application stricte de la décision du Conseil Supérieur d'Hygiène concernant la capacité minimum de ces fosses.

Quant aux fosses chimiques, elles demeurent une exception de « self assainissement », car le prix de revient du désinfectant dont l'usage doit être régulier (hebdomadaire) est assez élevé.

Enfin, il faut bien reconnaître que, parfois, un épandage rationnel est le seul moyen que l'on puisse conseiller. Quoi qu'il en soit, c'est le maire, d'après le décret-loi du 30 octobre 1935, qui doit prendre les prescriptions relatives à l'évacuation des matières usées, et aux conditions auxquelles doivent satisfaire les fosses d'aisances.

V. — La question de l'eau potable

La souillure du sol, dont nous venons d'examiner les éléments essentiels, est en proportion directe de la densité de la population. Aussi le surpeuplement nécessite-t-il un redoublement de la surveillance des eaux : il faut contrôler bactériologiquement leur qualité et s'assurer que la quantité d'eau potable est suffisante.

Dans les bourgades à fontaines alimentées par de l'eau de source, l'origine et le parcours étant reconnus, un périmètre de protection doit être établi.

Pour les puits, la régularité du débit et une température de l'eau inférieure à 12° sont, si l'étanchéité est certaine, des garanties de potabilité. Les règlements sanitaires communaux doivent assurer des mesures de protection en établissant des servitudes et lorsque la localité possède de l'eau potable canalisée, le maire peut obliger les particuliers utilisant un puits dont l'eau n'est point potable à se brancher sur la canalisation.

Quant à l'eau des citernes, sa potabilité est difficile à garantir et, d'ailleurs, quelle que soit la provenance d'une eau, quand la certitude de sa potabilité n'est pas absolue, il faut, pour la boisson, la stériliser par l'ébullition.

Nous noterons encore que, si l'eau utilisée a une origine qui l'expose à la contamination par les toxiques de guerre, son emploi devra être prohibé lorsqu'elle sera colorée.

VI. — La prophylaxie des épidémies et le Service sanitaire

Les épidémies trouvent un terrain favorable dans les agglomérations, et ce danger se trouve accru par le surpeuplement : on sait que l'épidémie de grippe de 1918, alors qu'elle ravagea l'intérieur, ne fit que peu de victimes sur le front.

Il est donc nécessaire de renforcer la prophylaxie des maladies contagieuses. Les vaccinations obligatoires, antivaricelleuse et antidiphtérique, doivent être exigées et organisées dans les écoles ; la vaccination antityphoïdique (en vaccins associés) doit être conseillée pour tenter de réduire les cas de typhoïde, encore fréquents chez les femmes et les enfants. De même la déclaration obligatoire doit être appliquée scrupuleusement ainsi que les mesures d'éviction et la désinfection doit être effectuée ou contrôlée avec soin.

Les pouvoirs publics disposent, à cet effet, de moyens d'action étendus : la loi du 16 mars 1919 permet aux préfets d'instituer une procédure de conférences intercommunales ou interdépartementales d'office. L'excellente loi du 15 février 1902 avait déjà institué, par son article 3, la procédure d'urgence en des termes qui en permettent une application étendue :

« En cas d'urgence, c'est-à-dire en cas d'épidémie ou d'un autre danger imminent pour la santé publique, le préfet peut ordonner l'exécution immédiate, tous droits réservés, des mesures présentées par les règlements sanitaires prévus par l'article 1^{er}. L'urgence doit être constatée par un arrêté du maire et, à son défaut, par un arrêté du préfet, que cet arrêté spécial s'applique à une ou plusieurs personnes ou qu'il s'applique à tous les habitants de la commune. »

Enfin, en temps de guerre, les médecins non mobilisés sont mis à la disposition du préfet, qui organise ainsi dans son département le service médical, mesure d'autant plus nécessaire que la pénurie du personnel médical utilisable à l'arrière et l'augmentation concomitante de la population posent un problème difficile. Aussi, les pouvoirs publics doivent-ils user de tous les moyens dont ils disposent pour rendre plus facile et plus efficace la lourde mission qui incombe au corps médical.

VII. — Les sanctions

Le décret-loi du 30 octobre 1935 indique comment s'administrent les sanctions prévues pour assurer l'application des mesures de salubrité publique que nous avons considérées :

« ARTICLE 10. — Les procès-verbaux constatant des infractions aux prescriptions des divers articles de la loi de 1902 et du présent décret-loi seront dressés à la requête du préfet, du directeur ou du médecin départemental d'hygiène, des directeurs de bureaux d'hygiène, des maires, des médecins et architectes, ou, sur leur propre initiative, par les gendarmes, les inspecteurs de police, inspecteurs de marchés et inspecteurs d'hygiène spécialement commissionnés à cet effet par le préfet.

« Ces procès-verbaux seront dressés en double expédition qui seront transmises directement, l'une au maire ou au préfet, l'autre au procureur de la République... »

CONCLUSION

En modifiant considérablement les conditions de vie d'une grande partie de la population, cette mesure primordiale contre le danger aérien qu'est l'évacuation des villes pose, comme toute transformation dans le mode d'existence, des problèmes d'hygiène.

Après avoir au préalable considéré comment s'opéraient la dispersion et le transport des populations évacuées, nous avons envisagé les problèmes de l'habitation, de l'évacuation des matières usées, de l'eau potable et de la prophylaxie des maladies contagieuses que posent les mouvements de population et le surpeuplement ainsi provoqués.

Nous avons, au fur et à mesure, pu constater que les attributions des pouvoirs publics en matière de service sanitaire et d'hygiène permettent de résoudre tous ces problèmes, et d'une manière particulièrement efficace ceux qui ont un caractère d'urgence.

Il y a donc lieu de faire confiance à une organisation qui est le fruit d'une expérience progressivement conduite pendant de nombreuses années et qui a déjà amélioré à un tel point l'état sanitaire de notre pays, que l'adaptation à l'état de guerre s'en trouve extrêmement simplifiée. D'ailleurs, au début de l'année, la dispersion de centaines de milliers d'Espagnols que la guerre civile rejeta en France a constitué une expérience non identique mais posant des problèmes analogues, et qui, en faisant l'épreuve des méthodes envisagées, permit leur mise au point et démontra leur efficacité.

Vu : *Le Doyen,*
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président de Thèse,*
L. TANON.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

Guillaume (Prof. A.). — S'il y avait la guerre.

*Malespine (Emile). — Préface du Professeur Tanon.
Hygiène pratique et administrative.*

Tanon (Profess^r L.). — Précis d'hygiène.

Textes officiels.

Annexe VII de l'instruction pratique du 25 novembre 1931 (juin 1935).

Loi sur la Défense Passive (8 avril 1935).

Notice du 31 mars 1938 de la circulaire sur la Défense Passive.

